

VARIASI STRUKTUR ORGANISASI LEMBAGA KESEHATAN PEMERINTAH STUDI KASUS PASCAKEBIJAKAN DESENTRALISASI DI BALI

ORGANIZATION STRUCTURE VARIATORS OF PUBLIC HEALTH INSTITUTIONS CASE STUDY OF POST DECENTRALIZATION IN BALI

Yessi C.O, Muninjaya, Januraga, Yahya
Unit Penelitian dan Latihan Epidemiologi Komunitas
Fakultas Kedokteran Udayana, Denpasar, Bali

ABSTRACT

Background: Organization structure change is one of the key aspects of public administration reform in order to improve the quality as well as its effectiveness and efficiency. As a fundamental principle of the organization structure change, an analysis of the present organization structure is needed.

Method: This qualitative study aimed to give a comprehensive picture of organization structure variation on government health institution in Bali after the decentralization policy. This case study was a descriptive qualitative study on government health institution in Bali (Health Authority, District Hospital and Community Health Center). Conducted from July through November 2005. Data collected through document analysis, interviews and focus group discussion.

Result and conclusion: Results of the study are: 1) there are a wide variation of organization structure size and formation among government health institution in Bali which caused by implementation of different rules as well as inconsistency between government rules. 2). There are no specific and clear job description and functional job qualification. 3) There are no specific and clear relations among government health institution which caused lack of coordination

Keywords: government health institution, organizational change, decentralization

ABSTRAK

Latar belakang: Perubahan struktur organisasi merupakan salah satu kunci reformasi administrasi publik untuk meningkatkan mutu, efektivitas dan efisiensi pelayanan publik. Sebagai dasar upaya perubahan struktur organisasi pelayanan publik dibidang kesehatan, maka diperlukan evaluasi terhadap struktur organisasi yang telah ada. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran yang lebih komprehensif tentang dampak kebijakan desentralisasi terhadap variasi struktur organisasi lembaga kesehatan pemerintah di Bali.

Metode: Penelitian ini adalah sebuah studi kasus tentang struktur organisasi lembaga kesehatan pemerintah di Bali (Dinas Kesehatan, RS, Puskesmas) yang bersifat deskriptif-kualitatif, yang dilakukan mulai Juli sampai dengan November 2005. Data dikumpulkan melalui analisis dokumen, wawancara, dan fokus group diskusi.

Hasil dan kesimpulan: Hasil analisis organogram yaitu: 1) lembaga kesehatan pemerintah (Dinas Kesehatan, Rumah Sakit Daerah, Puskesmas) di Bali memiliki struktur organisasi yang bervariasi dalam struktur dan formasinya. Hal ini disebabkan oleh perbedaan penerapan peraturan perundang-undangan dan juga inkonsistensi dari aturan perundang-undangan. 2)

Job description struktur dan *job qualification* fungsional sumber daya manusia masih belum jelas 3) Relasi antarlembaga kesehatan pemerintah masih belum jelas, sehingga masing-masing organisasi berjalan sendiri-sendiri tanpa koordinasi yang baik dalam suatu sistem kesehatan yang terpadu.

Kata Kunci: institusi kesehatan pemerintah, perubahan struktur organisasi, desentralisasi

PENGANTAR

Perubahan struktur organisasi merupakan salah satu kunci reformasi administrasi publik dalam rangka meningkatkan mutu, efektivitas dan efisiensi pelayanan publik di era desentralisasi.¹ Dasar hukum perubahan struktur organisasi kesehatan tersebut adalah Undang-Undang (UU) No. 22/1999 tentang pemerintahan daerah yang kemudian diganti dengan UU No. 32/2004, Keputusan Presiden (Keppres) No. 40/2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah (RSD) serta Peraturan Pemerintah (PP) No.8/2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah sebagai peraturan pelaksana dari UU No. 22/1999. Pada kenyataannya terjadi berbagai konflik dalam penerapan dasar hukum tersebut di lapangan.

Penelitian organogram organisasi dan lembaga kesehatan di Bali bertujuan untuk menjawab pertanyaan penting tentang: 1) apakah proses penyusunan struktur organisasi tersebut telah sesuai dengan aturan perundang-undangan yang berlaku?, 2) sejauh mana variasi bentuk struktur organisasi yang telah dihasilkan?, 3) mengapa variasi tersebut terjadi?, 4) bagaimanakah alur dan mekanisme penyusunan struktur organisasi lembaga pemerintah tersebut?, 5) apakah struktur organisasi yang telah dihasilkan dapat menerjemahkan peran organisasi tersebut lewat formalisasi relasi, tugas pokok dan fungsi?

Untuk menjawab pertanyaan tersebut, dilakukan kajian kualitatif terhadap proses penyusunan struktur

organisasi lembaga kesehatan pemerintah di daerah dan *output* dari bentuk struktur organisasi lembaga kesehatan pemerintah di Bali (Dinas Kesehatan, RSD dan Puskesmas). Diharapkan dari penelitian ini diperoleh deskripsi yang lebih komprehensif tentang variasi struktur organisasi lembaga kesehatan pemerintah di Bali terkait dengan kebijakan desentralisasi. Informasi tersebut dipergunakan sebagai dasar penyusunan rekomendasi proses pengorganisasian lembaga kesehatan pemerintah untuk melaksanakan perannya di era desentralisasi.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini adalah sebuah studi kasus tentang struktur organisasi lembaga kesehatan pemerintah di Bali (Dinas Kesehatan, RS, Puskesmas) yang bersifat deskriptif-kualitatif, yang dilakukan mulai Juli sampai dengan November 2005. Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu: a) analisis dokumen: berbagai dokumen (dokumen di tingkat pusat UU, PP, Keppres, Surat Keputusan Menteri Kesehatan (SK Menkes) dan dokumen di tingkat daerah Peraturan Daerah (Perda), SK Kepala Daerah, SK Kepala Instansi) dianalisis dengan melakukan perbandingan isi antardokumen untuk mendapatkan informasi tentang aspek legal penyusunan struktur organisasi lembaga kesehatan pemerintah, variasi bentuk struktur organisasi lembaga kesehatan pemerintah dan legalisasi struktur organisasi lembaga kesehatan pemerintah, (b) wawancara mendalam dengan informan kunci yang terkait dengan proses penyusunan dan pergerakan struktur organisasi lembaga kesehatan daerah yaitu: Kepala Dinas Kesehatan, Kepala RSD, Kepala Puskesmas, Bagian Tata Usaha Dinas Kesehatan, Bagian Tata Usaha RSD; (c) FGD yang melibatkan *stakeholders* yang terlibat langsung dalam proses penyusunan, legalisasi tugas dan relasi antarstruktur organisasi Dinas Kesehatan, RSD dan Puskesmas (Kepala Dinas, Kepala RS, Kepala Puskesmas, Biro Organisasi Setda). Wawancara dan FGD dilakukan untuk memperoleh dua jenis informasi. Pertama pengayaan dan pendalaman data hasil analisis dokumen. Kedua untuk mendapatkan informasi tentang proses penyusunan struktur organisasi lembaga kesehatan pemerintah.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Variasi Aspek Legal Struktur Organisasi

Idealnya dari segi hukum, struktur organisasi dan perangkat daerah hendaknya berpedoman pada PP No. 8/2003² yang merupakan peraturan

pelaksana UU No. 22/1999 tentang pemerintahan daerah yang kemudian diganti dengan UU No. 32/2004. Dalam penelitian ini ditemukan masih adanya variasi dalam hal dasar hukum penyusunan struktur organisasi lembaga kesehatan daerah dengan beberapa lembaga kesehatan daerah masih menggunakan PP No. 84/2000 sebagai dasar hukum penyusunan struktur organisasinya. Hal ini terjadi pada struktur organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Tabanan, Badung, Klungkung, Kota Denpasar dan Provinsi Bali.^{3,4,5,6,7}

Selain konflik penerapan dasar hukum dalam penelitian ini juga ditemukan konflik antardasar hukum yaitu di bidang eselonisasi kepala puskesmas. Eselonisasi ini diatur dalam PP No. 8/2003 dan Kepmenkes No. 128/2004. Secara hukum ketentuan Kepmenkes 128/2004 tentang eselonisasi kepala puskesmas sesungguhnya tidak dapat diberlakukan karena bertentangan dengan peraturan di atasnya.² Implikasi dari perubahan struktur organisasi Puskesmas menurut PP No. 8/2003 adalah eselon jabatan kepala Puskesmas menjadi IVa setara dengan lurah yang secara hierarki berada di bawah jabatan camat yang memiliki eselon IIIa. Implikasi lain dari ditetapkannya PP No. 8/2003 adalah hilangnya jabatan struktural (eselon) di bawah kepala Puskesmas.

Variasi Struktur Organisasi Lembaga Kesehatan Daerah

Berdasarkan dasar hukum yang digunakan, struktur organisasi Dinas Kesehatan di Bali dalam praktiknya dapat dikelompokkan menjadi dua. Model yang pertama adalah susunan struktur organisasi Dinas yang ditetapkan melalui Perda berdasarkan PP No. 8/2003. Struktur organisasi yang sesuai dengan PP No. 8/2003 tersebut diterapkan oleh lima kabupaten di Bali, yaitu Jembrana, Buleleng, Bangli, Karang Asem dan Gianyar.^{8,9,10,11,12} Model yang kedua adalah struktur organisasi yang ditetapkan melalui Perda yang disusun berdasarkan PP No. 84/2000. Struktur Dinas Kesehatan yang mengacu pada PP No. 84/2000 ini lebih gemuk, karena masih terdapat jabatan Wakil Kepala Dinas, Kepala Bidang disebut dengan Kepala Subdinas, dan jumlah Subbagian dengan seksi yang lebih banyak struktur organisasi yang sesuai dengan PP No. 84/2000 tersebut diterapkan oleh Kabupaten Tabanan, Badung, Klungkung, Kota Denpasar dan Provinsi Bali.^{3,4,5,6,7}

Nuansa politis sangat kental mewarnai proses pengambilan keputusan ini, sebagaimana diungkapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Badung dalam FGD:

"Kalau di Jembrana memang bupatinya berani bikin terobosan perampingan maupun perampingan, tapi jangan lupa banyak juga peraturan yang diterjang"

Ditambahkannya lagi:

"Kalau di Badung, saya tahu betul kalau bapak bupati itu birokrat karir. Jadi dia tahu susahnyanya jadi PNS apalagi kalau harus ada perampingan struktur, pasti panjang urusannya"

Di samping dimensi politis tersebut ada juga permasalahan terkait dengan impikasi teknis variasi struktur organisasi yang cukup luas ini, terutama terkait masalah koordinasi dan konsolidasi. Hal ini terungkap melalui wawancara mendalam dengan Kabid Binkesmas Dinas Kesehatan Provinsi Bali:

"Selama dana dan program sebagian besar masih berasal dari pusat, sebaiknya struktur organisasi Dinas Kesehatan itu seragam saja, kalau tidak begitu susah sekali proses koordinasi dan pelimpahan tugas yang harus dilakukan Dinas Kesehatan Provinsi."

Untuk model struktur organisasi Puskesmas dapat dikelompokkan menjadi tiga. Model yang pertama adalah model struktur organisasi yang telah disesuaikan dengan PP No. 8/2003 (Puskesmas Ubud I di Kabupaten Gianyar).¹³ Model yang kedua adalah bentuk struktur yang masih memakai pola lama yaitu struktur yang mengacu pada PP No. 84/2000 (Puskesmas Banjarangkan I di Kabupaten Klungkung).¹⁴ Model yang ketiga adalah bentuk struktur yang sama sekali berbeda dengan acuan perundangan yang ada (Puskesmas Mendoyo di Kabupaten Jembrana).^{15,16}

Dalam model struktur yang diterapkan di Puskesmas Ubud I. Satu-satunya jabatan yang ada pada struktur organisasi Puskesmas adalah Kepala Puskesmas, sedangkan kelompok pegawai di bawahnya adalah pejabat fungsional. Penetapan struktur baru di Puskesmas Ubud I memberikan dampak psikologis yang besar kepada semangat kerja staf karena hilangnya tunjangan jabatan struktural terutama bagi pegawai Puskesmas yang semula memegang jabatan struktural, sebagaimana dikemukakan oleh Kepala Puskesmas

" Hal ini menyebabkan insentif bagi kinerja kami menjadi kurang"

Dalam kasus ini pihak puskesmas sangat mendukung diterapkannya SK Menkes No. 128/2004, sebagaimana ditambahkannya

" kami akan memiliki peluang lebih besar untuk mengembangkan Puskesmas jika SK ini diberlakukan".

Pendapat ini tidak secara eksplisit didukung oleh pihak puskesmas lain, sebagian masih berpikir lebih baik sesuai dengan kebijakan pemerintah setempat saja, atau *"Play Safe"*. Berbeda dengan pendapat Kepala Puskesmas, para Pimpinan Daerah dan Kepala Dinas Kesehatan lebih mengacu pada cacat hukum yang dimiliki SK Menkes No.128/2004, akibatnya SK tersebut tidak diterapkan di Bali.

Model yang kedua yaitu struktur Puskesmas Banjarangkan I Kabupaten Klungkung. Model struktur Puskesmas ini masih berdasarkan PP No. 84/2004. Terdapat lima kelompok jabatan di Puskesmas Banjarangkan I yaitu: Kepala Puskesmas, Kepala Urusan TU, Kepala Jabatan Fungsional, Ketua Unit kerja yang terdiri dari 7 unit, dan Kepala Puskesmas Pembantu (tujuh Pustu).

Model yang ketiga adalah struktur organisasi Puskesmas yang ditetapkan berdasarkan Perda setelah era otonomi daerah, tetapi tidak secara jelas mengacu kepada peraturan yang mana yang berlaku di tingkat nasional. Model ini ditetapkan di seluruh Puskesmas di wilayah Kabupaten Jembrana. Salah satunya adalah Puskesmas Mendoyo. Terdapat empat kelompok jabatan pada struktur Puskesmas Mendoyo yaitu: Kepala Puskesmas, Subbagian TU, Kepala Seksi (3 seksi), dan Kelompok Jabatan Fungsional. Struktur ini mengacu kepada Perda No. 5/2001 tentang pembentukan susunan organisasi dan tata kerja Puskesmas. Salah satu temuan yang menarik dari model struktur Puskesmas Mendoyo adalah penamaan "Subbagian TU", yaitu jika ada Subbagian maka seharusnya ada pula "Bagian", tetapi pada kenyataannya tidak terdapat struktur ini di puskesmas. Hal menarik lainnya adalah munculnya jabatan kepala seksi yang memiliki jabatan eselon di bawah kepala Puskesmas. Masing-masing Kepala Seksi dan Kepala Subbagian TU memiliki eselon IVb di bawah Kepala Puskesmas yang memegang jabatan eselon IVa. Penamaan struktur terlihat mengacu pada upaya penyesuaian eselonisasi, tetapi tidak mengacu salah satu PP baik PP No. 8/2003 ataupun PP No. 84/2000.

Penyusunan struktur organisasi RSD diatur dalam Keppres No. 40/2000 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah. Keputusan Presiden (Keppres) ini dibuat berdasarkan UU No. 22/1999, UU No. 25/1999 dan PP No. 84/2000. Sampai saat laporan ini ditulis Keppres No. 40/2001 belum diganti. Terkait dengan dasar hukum ini di Bali terdapat dua model kelembagaan RSD yaitu bentuk badan (RSD Wangaya di Kota Denpasar dan RSD Tabanan di

Kabupaten Tabanan)^{17,18} dan bentuk kantor (RSD Negara di Kabupaten Jembrana dan RSD Sanjiwani di Kabupaten Gianyar).^{19,20,21}

Dasar hukum kelembagaan masing-masing RSD adalah Perda. Kelembagaan RSD ditentukan dengan mempertimbangkan beberapa kriteria, antara lain tipe rumah sakit dan kesiapan infrastruktur rumah sakit. Kriteria baku aspek legal formal mekanisme penentuan bentuk kelembagaan suatu RSD belum ada di daerah.

Perbedaan struktur organisasi dalam struktur RSD menimbulkan terjadinya konflik saat dilakukan akreditasi RS oleh Departemen Kesehatan (Depkes). Dalam acuan akreditasi tersebut disyaratkan adanya bagian khusus keperawatan. Hal ini ditetapkan oleh Depkes karena mempertimbangkan besarnya proporsi SDM keperawatan di RS. Kenyataannya tidak semua manajemen RS menilai bentuk ini ideal untuk diterapkan dalam organisasi mereka. Hal ini terbukti dengan diterapkannya struktur yang berbeda di RSUD Tabanan dan RSD Sanjiwani-Gianyar. Kedua RS tersebut tidak mencantumkan bagian keperawatan secara terpisah, tetapi membentuk komite keperawatan di samping komite medik dalam kelompok jabatan fungsional untuk menampung aspirasi tenaga keperawatan. Konsekuensinya adalah kedua RSD tersebut tidak lulus akreditasi. Untuk mengatasi permasalahan tersebut pihak RSD Sanjiwani Gianyar memutuskan untuk melakukan perubahan terhadap struktur organisasinya. Saat ini proses tersebut telah masuk ke pihak legislatif. Pihak RS Tabanan memilih untuk tidak mengubah struktur organisasinya tetapi menunggu sampai peraturan Depkes tersebut diubah.

Mekanisme Penyusunan Struktur Organisasi

Dari hasil FGD dan wawancara mendalam diketahui bahwa draf struktur organisasi dan uraian tugas (*job description*) lembaga kesehatan di Bali disusun oleh unit lembaga kesehatan yang bersangkutan. Selanjutnya draf struktur organisasi ini diajukan kepada tim analisis jabatan di bagian organisasi sekretariat daerah pemerintah kabupaten/kota setempat. Tim khusus inilah yang menggodok rancangan struktur organisasi kesehatan sebelum ditetapkan menjadi Perda. Tim yang bertugas untuk menggodok struktur organisasi di lembaga-lembaga teknis daerah ini adalah mereka yang pernah memperoleh diklat analisis jabatan.

Sebagaimana proses penyusunan struktur organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang ditetapkan dalam bentuk Perda. Penyusunan draf uraian tugas pokok dan fungsi (tupoksi) juga melalui proses yang serupa. Draft uraian tugas Dinas

Kesehatan disusun dan diajukan oleh masing-masing Dinas Kesehatan daerah sebelum digodok oleh Tim Sekretariat Daerah Pemerintah Kabupaten/Kota setempat. Setelah digodok oleh tim analisis jabatan di bagian organisasi Sekretariat Daerah Pemerintah kabupaten/kota setempat, rancangan uraian tugas organisasi Dinas Kesehatan daerah tersebut ditetapkan dalam bentuk SK Bupati.

Kelemahan proses penyusunan struktur organisasi yang meski telah bersifat *bottom up* adalah bahwa proses ini tidak disertai adanya konfirmasi dua arah sehingga kadangkala usulan struktur organisasi yang disampaikan oleh kepala lembaga kesehatan tidak sesuai dengan hasil struktur organisasi yang dituangkan dalam peraturan daerah.

Sebagaimana yang terungkap melalui FGD, pengembangan struktur organisasi idealnya mengikuti fungsinya (*structure follow function*). Namun ternyata, penyusunan organisasi Dinas Kesehatan daerah di Bali cenderung dikembangkan dengan menguraikan fungsi yang mengikuti strukturnya (*function follow structure*). Hal ini terbukti dengan yang terjadi di seluruh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di Bali, RSD Wangaya dan RSD Negara. Salah satu kelemahan metode ini pada struktur organisasi Dinas Kesehatan adalah tercantumnya struktur yang belum diisi, jadi terjadi perbedaan antara struktur organisasi dan kenyataan penerapannya sebagai contoh adalah adanya kotak jabatan fungsional di setiap Dinas Kesehatan tetapi tidak jelas definisi, tugas pokok dan fungsi serta personel yang duduk di kotak jabatan tersebut demikian juga dengan kotak struktur cabang dinas.

Untuk RSD Tabanan dan Sanjiwani struktur organisasi disusun mengikuti fungsi (*structure follow function*), sehingga pembagian kelompok tugas dalam struktur organisasi tersebut dianalisis menurut fungsinya. Oleh karena itu, di dalam Perda instalasi dimasukkan di bawah unit pelayanan. Demikian juga dengan bagian keperawatan. Bagian ini tidak dibuat khusus, tetapi dibentuk komite keperawatan dikelompok jabatan fungsional bertugas untuk menangani masalah etika dan pengembangan SDM keperawatan.

Di RSD Wangaya dan Negara terjadi sebaliknya, struktur organisasinya dibentuk terlebih dahulu kemudian tugas dibagi habis sesuai dengan struktur organisasi tersebut. Struktur tersebut telah disesuaikan dengan aturan main Depkes. Di RSD Wangaya dan Negara, instalasi diletakkan dalam kelompok jabatan fungsional. Di dalam bagan struktur organisasi RSD ini tidak muncul bagan instalasi. Di sini terdapat kejanggalan karena di dalam dokumen

Perda disebutkan bahwa instalasi dimasukkan dalam kelompok jabatan fungsional dan bertanggung jawab pada bidang pelayanan. Tetapi pada bagan struktur organisasi jelas terlihat bahwa kelompok jabatan fungsional bertanggung jawab kepada kepala badan atau kepala kantor RSD.

Untuk model struktur organisasi yaitu fungsi mengikuti struktur (*function follow structure*) terdapat kerancuan antara terjemahan gambaran tugas struktur organisasi dengan bagan yang menyertai struktur tersebut. Hal ini memunculkan kesalahan dalam menerjemahkan posisi masing-masing struktur, sehingga bagan struktur organisasi bukan merupakan gambaran riil mengenai struktur organisasi itu sendiri.

Formalisasi Relasi, Tugas Pokok dan Fungsi

Struktur organisasi adalah rencana formal untuk menciptakan pembagian kerja yang efisien dan koordinasi yang efektif dari kegiatan-kegiatan anggota organisasi. Struktur organisasi mengandung pengertian tentang bagaimana tugas kerja akan dibagi, dikelompokkan dan dikoordinasikan secara formal.¹ Secara teoritis, struktur organisasi merupakan kaitan sistemik antarberbagai komponen. Komponen sumber daya manusia (SDM) adalah komponen yang paling dominan.

Menurut Robbins dalam Chaizi¹, dimensi universal struktur organisasi adalah kompleksitas, formalisasi dan sentralisasi. Formalisasi merupakan tingkat kapasitas mana pekerjaan di dalam organisasi (peraturan, prosedur, instruksi, dan komunikasi) distandarisasikan. Dalam penelitian ini formalisasi struktur organisasi diterjemahkan dalam bentuk relasi (koordinasi dan supervisi) dan uraian gambaran tugas pokok dan fungsi, antarstruktur organisasi yang dituangkan dalam dokumen legal formal organisasi.

a. *Job Description*, Koordinasi dan Supervisi Dinas Kesehatan

Kelemahan utama yang muncul dari *job description* masing-masing dinas adalah lemahnya penggambaran mekanisme koordinasi dan supervisi. *Job description* belum jelas memperlihatkan mekanisme koordinasi atau komunikasi dan kerja sama yang digunakan untuk menyamakan persepsi atau memadukan kegiatan antarbidang atau seksi yang ada dalam organisasi dinas.^{22,23,24,25,26,27,28} Misalnya yang tercantum dalam salah satu uraian tugas Dinas Kesehatan Kabupaten Gianyar.

"Mengadakan koordinasi lintas program untuk menyamakan persepsi dan kesatuan tindakan....." (semua jabatan struktural

memiliki uraian tugas koordinasi yang sama).¹²

Job description juga kurang memperlihatkan kejelasan supervisi yang harus dilakukan oleh masing-masing pimpinan kelompok jabatan struktural. Yang tercantum hanyalah kewajiban pimpinan melakukan supervisi, tetapi bagaimana supervisi dilakukan dan jalur apa yang ditempuh belum terlihat dengan jelas.

Komponen penting lain yang tidak muncul dalam *job description* dan seharusnya menjadi pendukung terlaksananya *job description* adalah kualifikasi tenaga (*job qualification*). Alasan yang utama dari tidak adanya *job qualification* pada *job description* dinas kesehatan adalah masih belum adanya peraturan di tingkat pusat dan daerah yang mengatur kualifikasi pemegang jabatan struktural hingga ke tingkat seksi, padahal pada pedoman standar pelayanan minimal (SPM) sudah dicantumkan. Selama ini penempatan staf pada jabatan struktural masih diterapkan berdasarkan kepangkatan dan eselonisasi.

Kelemahan lainnya adalah ketidakjelasan tugas dan masih tumpang tindihnya uraian tugas antarbidang atau seksi dalam organisasi dinas. Contoh ketidakjelasan uraian tugas pada penggunaan kata rekomendasi perijinan pada Dinas Kesehatan Jembrana. Penggunaan kata rekomendasi menunjukkan adanya lembaga lain yang berwenang mengeluarkan izin, sedangkan dinas kesehatan hanya memberikan rekomendasi, padahal PP No. 8/2003 sudah mengisyaratkan fungsi dinas sebagai lembaga yang mengatur perizinan.

b. *Job Description*, Koordinasi dan Supervisi Puskesmas

Uraian tugas Puskesmas secara umum diatur melalui SK Bupati/Peraturan Bupati. Surat Keputusan (SK) ini mengatur tentang tata kerja dan uraian tugas perangkat daerah yang di dalamnya termasuk uraian tugas pokok dan fungsi kepala Puskesmas. Di Kabupaten Jembrana agak berbeda. Uraian tugas Puskesmas diatur oleh Perda No. 9/1996 yang tidak hanya mengatur uraian tugas Kepala Puskesmas tetapi juga menguraikan tugas masing-masing kepala seksi dan subbagian TU.

Di tingkat staf Puskesmas uraian tugas diterjemahkan oleh masing-masing Kepala Puskesmas seperti pada SK Kepala Puskesmas Ubud I tentang uraian tugas Staf Puskesmas Ubud I, dan Dokumen Tata Kerja serta Uraian Tugas Pegawai Puskesmas Mendoyo. Uraian tugas staf puskesmas yang dibuat oleh kepala Puskesmas tidak diketemukan untuk Puskesmas Banjarangkan I.

Beberapa unsur yang perlu diperhatikan dalam menganalisis *job description* adalah: *job title*, kejelasan uraian tugas termasuk mekanisme koordinasi dan supervisi, serta kualifikasi tenaga yang dibutuhkan termasuk kebutuhan akan pelatihan dan pendidikan lanjutan. Dari ketiga Puskesmas yang dianalisis diketahui bahwa hanya uraian tugas Puskesmas Mendoyo yang telah memenuhi sebagian besar kriteria uraian tugas di atas. Kriteria yang tidak diuraikan hanyalah kualifikasi tenaga yang dibutuhkan oleh setiap bidang tugas. Penggambaran kriteria lainnya secara kualitatif sudah cukup jelas.

Surat Keputusan (SK) yang mengatur uraian tugas Staf Puskesmas Ubud I ternyata pada dasarnya hanya mengandung uraian pelimpahan wewenang Kepala Puskesmas Ubud I kepada staf yang ditugaskan menjalankan sebagian tugas Kepala Puskesmas. Penjelasan diberikan Kepala Puskesmas Ubud I:

“karena struktur Puskesmas tidak mencantumkan jabatan lain di bawah Kepala Puskesmas otomatis tidak ada uraian tugas jabatan di bawah Kepala Puskesmas”.

Job Description, Koordinasi dan Supervisi Rumah Sakit Daerah

Dalam hal kejelasan tugas, apakah gambaran tugas telah memuat kepada siapa pelaksana tugas bertanggung jawab, siapa yang diatur dan dikoordinasikan oleh pelaksana tugas dan apa saja tugas yang harus dikerjakan (koordinasi, supervisi, tugas). Secara umum kedua model struktur organisasi RS telah memenuhi acuan tersebut tetapi secara kualitatif terjemahan gambaran tugas yang dilakukan oleh RS Tabanan adalah yang paling jelas dan detail (Perda ditindaklanjuti dengan SK Direktur RS), sehingga kebingungan dalam pelaksanaan dan pertanggungjawaban tugas dapat diminimalisir.

Sebagai perbandingan, dalam penggambaran tugas di Badan RSD Wangaya fungsi pelayanan medis, penunjang medis dan nonmedis, serta rekam medis dan rujukan diletakkan di bawah satu bidang yaitu bidang pelayanan. Di badan RSD Tabanan fungsi ini dibagi dalam tiga bidang. Bidang pelayanan medis, bidang penunjang dan bidang pengendalian. Jika suatu bidang terlalu banyak memikul tanggung jawab yang berbeda maka tugas yang dihasilkan kurang jelas dan rawan terhadap tumpang-tindih tanggung jawab.

Dalam gambaran tugas RSD Wangaya disebutkan tugas subbidang pelayanan medis adalah mengkoordinasikan perencanaan, pelaksanaan, pengaturan tenaga, pamantauan dan pengawasan penggunaan fasilitas dan kegiatan pelayanan medis,

serta melakukan pengawasan dan pengendalian penerimaan dan pemulangan pasien di semua instalasi pelayanan medis. Di sini sudah tampak ada kejelasan tugas, tetapi ada ketidakjelasan dalam mekanisme koordinasi dan supervisi karena tidak disebutkan instalasi pelayanan medis yang mana, dan apa saja tugas spesifik dari masing-masing instalasi tersebut, sedangkan dalam gambaran tugas RSD Tabanan di bawah bidang pelayanan salah satunya terdapat subbidang pelayanan rawat darurat dan rawat intensif yang mengkoordinir tugas instalasi rawat darurat, instalasi rawat intensif dan instalasi forensik. Instalasi ini memiliki perangkat operasional berupa subinstalasi gawat darurat, subinstalasi layanan *ambulance*, subinstalasi ICU, HCU, NICU, subinstalasi pemulasaraan jenazah dan kedokteran kehakiman yang masing-masing gambaran tugasnya dijelaskan dengan cukup baik.²⁹

Gambaran tugas yang tercantum dalam dokumen tidak sekaligus menyebutkan kualifikasi SDM yang dibutuhkan. Dalam organisasi RSD terdapat persyaratan administratif dan fungsional internal rumah sakit untuk penempatan SDM di masing-masing struktur organisasi.

Manajemen SDM terkait dengan rekrutmen, mutasi dan promosi terutama bagi pegawai negeri dilakukan sesuai dengan peraturan kepegawaian. Sebagai inovasi upaya manajemen SDM, di RSD Tabanan telah dikembangkan metode khusus penilaian kinerja SDM di luar peraturan kepegawaian. Diharapkan, penilaian kinerja dapat dilakukan dengan lebih objektif dan membuka peluang untuk promosi dan pengembangan SDM yang lebih baik.

Koordinasi dan supervisi di dalam struktur organisasi rumah sakit dilakukan oleh struktur yang setingkat lebih tinggi terhadap bawahannya. Demikian juga karena RSD adalah lembaga teknis daerah maka pertanggungjawaban RSD langsung kepada bupati melalui sekretaris daerah sehingga hubungan antara RSD dan Dinas Kesehatan bersifat koordinatif, kooperatif dan fungsional sesuai dengan Keppres No. 40/2000. Tidak terdapat peran supervisi dari Dinas Kesehatan terhadap RSD. Hal ini perlu diperjelas dalam penyusunan sistem kesehatan daerah terutama dalam penentuan perijinan dan pengawasan mutu rumah sakit.

Di dalam Perda Kabupaten Jembrana No. 13/2002 tentang Perubahan Pertama Peraturan Daerah No. 4A/2001 tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Pelayanan RSD Negara, disebutkan bahwa rumah sakit bertanggung jawab kepada bupati untuk masalah taktis operasional dan bertanggung jawab kepada Dinas Kesehatan untuk masalah teknis fungsional. Hal ini

bertentangan dengan posisi RSD sebagai lembaga teknis daerah yang bertanggung jawab langsung kepada bupati dan bukan pada Dinas Kesehatan. Melalui wawancara dengan Kepala Subbagian Tata Usaha RSD Negara diperoleh informasi bahwa pada kenyataannya RSD Negara hanya bertanggung jawab kepada Bupati, tidak kepada Dinas Kesehatan Jembrana.

Secara umum koordinasi antara RSD dan Dinas Kesehatan dilakukan melalui sekretaris daerah. Bentuk koordinasi antarlembaga kesehatan pemerintah yang penting untuk dibahas di sini adalah hubungan antara rumah sakit dengan puskesmas sebagai UPT dinas. Hal ini tidak tampak dalam analisis dokumen dan hasil wawancara. Belum ada mekanisme yang jelas tentang koordinasi rumah sakit dengan puskesmas yang bersifat medis teknis. Selama ini yang terjadi adalah bahwa hubungan antara puskesmas dengan rumah sakit hanya sebatas rujukan medis searah dari puskesmas ke rumah sakit. Belum ada mekanisme rujukan balik ke arah puskesmas dari rumah sakit untuk kelanjutan perawatan. Selain rujukan medis dapat dikembangkan juga rujukan pengetahuan dan keterampilan yang sampai saat ini belum terlaksana dengan baik.

PEMBAHASAN

Untuk dapat melaksanakan perannya sebuah organisasi formal seperti lembaga kesehatan milik pemerintah harus dapat menerjemahkan peran tersebut dalam struktur organisasi, uraian tugas pokok dan fungsinya. Dari berbagai temuan dalam penelitian ini dapat disimpulkan bahwa proses penerjemahan peran organisasi dalam bentuk struktur organisasi ini masih lemah. Terdapat beberapa poin kritis terkait dengan struktur organisasi lembaga kesehatan milik pemerintah di Bali dan proses penyusunannya. Poin tersebut adalah adanya konflik dasar hukum, luasnya variasi struktur organisasi yang dibarengi dengan lemahnya koordinasi, masih terdapatnya mekanisme penyusunan struktur organisasi yang bersifat fungsi mengikuti struktur, masih tumpang-tindihnya uraian tupoksi dan belum adanya kualifikasi tugas yang bersifat fungsional dalam proses penempatan SDM.

Idealnya peraturan maupun praktik pelaksanaannya tidak boleh bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi. Dalam konteks tersebut peraturan yang tertinggi adalah UU No. 22/1999 tentang pemerintahan daerah yang kemudian diganti dengan UU No. 32/2004. Sebagai peraturan pelaksana UU No. 22/1999 ini,

diterbitkan PP No. 8/2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah.²

Berdasarkan berbagai temuan dalam penelitian ini, dapat dilihat bahwa masih terdapat berbagai kerancuan penerapan dasar hukum pembentukan struktur organisasi lembaga kesehatan milik pemerintah di Bali. Masih banyaknya struktur organisasi Dinas Kesehatan di Bali yang belum berdasarkan PP No. 8/2003 (Dinas Kesehatan Provinsi Bali, Kodia Denpasar, Kabupaten Badung, Tabanan, Klungkung) dan bervariasinya dasar hukum yang dipergunakan sebagai dasar penyusunan struktur organisasi puskesmas. Struktur organisasi Puskesmas Ubud I dibuat berdasarkan PP No. 8/2003. Struktur organisasi Puskesmas Banjar Angkan I disusun berdasarkan PP No. 84/2000. Struktur organisasi Puskesmas Mendoyo bahkan tidak mengacu pada salah satu PP ini. Selain permasalahan bervariasinya dasar hukum yang dipergunakan dalam penyusunan struktur organisasi lembaga kesehatan pemerintah ini, juga terdapat kasus inkonsistensi aturan tertulis dengan pelaksanaannya di lapangan. Hal ini terjadi pada perumusan relasi antara RSD Negara dengan Dikesos Jembrana.

Terdapat dua sebab mendasar yang memicu timbulnya keragaman penafsiran terhadap peraturan perundang-undang yang berlaku. Pertama adalah sebab formal berupa status hukum dari aturan perundang-undangan itu sendiri. Dalam konteks ini adalah PP No. 8/2003 yang masih bersifat *status quo*. Pada dasarnya memang jika sebuah peraturan perundang-undangan diganti maka berbagai aturan pelaksana yang ada dibawahnya harus menyesuaikan dengan undang-undang tersebut, tetapi jika peraturan pelaksana yang lama tidak bertentangan dengan undang-undang yang baru tersebut maka masih dapat diberlakukan.² Tetapi dalam kasus ini kekosongan hukum aturan pengganti PP No. 8/2003 ini menyisakan ruang konflik perbedaan persepsi tentang acuan penyusunan struktur organisasi lembaga pemerintah.

Sebab yang kedua adalah *frame* politis dari pemerintah. Sebagai contoh adanya beberapa daerah yang tetap mempertahankan struktur organisasi yang lama atau bahkan merancang struktur baru yang bahkan tidak memiliki acuan dasar hukum yang lebih tinggi. Jika ditinjau lebih jauh sebenarnya *frame* politis ini bukan saja terkait dengan *frame* politis lokal, tetapi juga nasional. Dalam hal ini perbedaan *frame* politis para *stakeholders* ditingkat nasional dengan *frame* politis lokal telah memicu timbulnya resistensi terhadap perubahan yang

dituntut dari tingkat pusat. Hal ini berbuntut pada kerancuan penerapan dasar hukum penyusunan struktur organisasi lembaga kesehatan pemerintah. Perbedaan *frame* politis ini secara mencolok terlihat dalam inkonsistensi hirarki peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang struktur organisasi lembaga kesehatan milik pemerintah ini baik di tingkat nasional maupun lokal. Yang pertama adalah konflik antara PP No. 8/2003 dengan Kepmenkes No. 128/2004, secara kronologis Kepmenkes ini dikeluarkan setelah dikeluarkannya PP No. 8/2003, tetapi isinya bertentangan dengan PP No. 8/2003. Hal ini menegaskan adanya perbedaan kepentingan antara departemen kesehatan dan departemen dalam negeri. Secara hukum Kepmenkes No. 128/2004 ini tidak dapat dilaksanakan, tetapi yang jelas telah ada kontroversi yang tidak perlu jika koordinasi di tingkat pusat terkait pengambilan kebijakan strategis ini berjalan dengan baik.

Konflik yang kedua adalah konflik lokal dengan pusat, meskipun telah diterbitkan PP No. 8/2003 sebagai pengganti PP No. 84/2000, pemerintah Provinsi Bali dan beberapa kabupaten/kota tetap mempertahankan struktur yang dibuat berdasarkan PP No. 84/2000. Reformasi administrasi publik merupakan suatu proses untuk mengubah struktur ataupun prosedur birokrasi publik yang terlibat dengan maksud untuk meningkatkan efektivitas organisasi. Menurut Kasim dalam Chaizi¹, reformasi administrasi publik adalah upaya perubahan melalui pendekatan dari atas ke bawah dengan program reorganisasi, pelangsingan (*downsizing*), penghematan biaya dan *reengineering*.²³ Dalam kerangka tersebut pemerintah menerbitkan PP No. 8/2003 sebagai pengganti PP No. 84/2000. PP No. 8/2003 memiliki semangat efektivitas dan efisiensi dengan pelangsingan struktur organisasi dan pembatasan jumlah dinas.² Permasalahannya adalah perubahan yang dituntut dalam PP No. 8/2003 merupakan perubahan organisasi yang berfokus sempit, semata-mata berfokus pada perubahan struktur organisasi^{30,31} tanpa mempertimbangkan ketersediaan SDM di daerah. Hal ini terlihat di RSD Tabanan yang dengan kuat mempertahankan struktur yang tidak sesuai dengan syarat susunan struktur organisasi RS dari Depkes, meskipun hal ini mesti dibayar dengan tidak diloloskannya RS yang bersangkutan dari proses akreditasi Depkes.

Yang ketiga adalah konflik di tingkat lokal antara aturan tertulis dengan pelaksanaannya. Di Kabupaten Jembrana struktur organisasi puskesmasnya tidak memiliki acuan perundangan yang jelas. Selain itu adanya perbedaan antara aturan tertulis mengenai relasi dinkesos dengan RSD dengan pelaksanaannya

di lapangan. Dalam kasus Kabupaten Jembrana ini, sangat kental terlihat dipergunakan secara maksimalnya otoritas lokal dalam pengambilan keputusan terkait dengan regulasi lembaga kesehatan milik pemerintah. Meskipun berarti terdapatnya konflik dasar hukum dalam penyusunan struktur organisasi milik pemerintah di kabupaten bersangkutan.

Variasi yang sangat luas dalam struktur organisasi dinas kesehatan dikeluhkan menyebabkan terhambatnya koordinasi dan komunikasi antardinas kesehatan terutama dari dinas provinsi ke dinas kabupaten. Hal ini disebabkan karena kurangnya sosialisasi tentang tupoksi antardinas sehingga terjadi kesulitan saat melakukan koordinasi program antardinas kesehatan. Hal ini juga disebabkan oleh belum rampungnya proses desentralisasi. Proses ini semestinya dibarengi penguatan kapasitas lokal, sehingga program maupun dana dapat dirancang sesuai dengan kebutuhan lokal bukan model *top down*. Selain itu, relasi antarlembaga juga belum terumuskan dengan baik, sebagai contoh adalah relasi RSD dan dinas kesehatan kabupaten. Dengan dituntutnya RSD untuk lebih otonom, terjadi fragmentasi antara upaya pelayanan kesehatan yang dilakukan dinas kesehatan dan RSD yang berdampak pada kurangnya integrasi layanan kesehatan di wilayah setempat jika koordinasi antarlembaga ini tidak diatur secara tegas.

Berbagai persoalan ini sebenarnya dapat diatasi dengan dirancang dan dilaksanakannya sebuah sistem kesehatan wilayah baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota yang memiliki dasar hukum yang kuat secara konsisten. Saat ini di Bali hampir semua kabupaten telah memiliki sistem kesehatan wilayah yang disebut Sistem Kesehatan Daerah (SKD), tetapi dokumen tersebut masih jadi paradoks. Artinya pembangunan kesehatan yang dilaksanakan tidak mengacu kepada dokumen SKD. Dokumen SKD hanya menjadi bukti fisik syarat administratif.

Idealnya struktur organisasi disusun berdasarkan analisis kebutuhan daerah dan organisasi yang bersangkutan, juga ketersediaan sumber daya yang ada, sehingga metode pembentukannya adalah struktur *follow function*. Kepala instansi adalah orang yang idealnya paling memahami fungsi, kebutuhan dan ketersediaan sumber daya dalam organisasi. Dalam proses ini seorang kepala instansi dapat dibantu oleh konsultan yaitu biro organisasi di sekretariat daerah masing-masing. Namun hendaknya proses ini dapat berlangsung seperti halnya proses konsultasi profesional lainnya yaitu terjadi komunikasi dua arah

antara kepala instansi bersangkutan dengan biro organisasi sekretariat daerah, sehingga tidak terjadi kejadian kepala instansi merasa bahwa struktur organisasi yang dirancangnya tidak sesuai dengan yang tertuang dalam perda.

Pihak pemerintah pusat hendaknya juga memperhatikan permasalahan ini, sesuai dengan azas desentralisasi pada dasarnya daerah diberikan kebebasan secara terbatas untuk menyusun struktur organisasi yang paling sesuai dengan kebutuhan dan sumber daya setempat. Hal ini juga tertuang dalam PP No. 8/2003. Kasus yang paling menonjol terkait dengan intervensi pusat yang menyebabkan proses penyusunan struktur organisasi berdasarkan fungsi tidak dapat diterapkan dengan baik adalah kasus RSD Tabanan dan RSD Sanjiwani. Kedua RSD ini tidak lulus dalam proses akreditasi karena terbentur pada ketidaksesuaian struktur organisasinya dengan tuntutan Depkes.

Rumah Sakit Daerah (RSD) Tabanan telah menunjukkan kualitas kinerja organisasinya sangat baik meskipun struktur yang diterapkannya tidak sesuai dengan tuntutan Depkes, sehingga dengan dasar itu pihak manajemen RSD Tabanan bersikeras tidak akan menyesuaikan struktur organisasinya dengan peraturan Depkes, sedangkan dalam kasus RSD Sanjiwani pihak manajemennya justru memilih untuk merubah struktur organisasinya sesuai dengan peraturan Depkes.

Poin kritis yang terakhir adalah uraian tugas pokok dan fungsi serta relasi antarstruktur di lembaga kesehatan pemerintah masih seringkali tumpang-tindih dan kurang spesifik. Sebuah sistem dipastikan dapat berjalan dengan baik jika terdapat kejelasan peran dan interaksi antarkomponen yang terlibat dalam sistem tersebut. Dalam konteks mikro yaitu sistem organisasi lembaga kesehatan pemerintah hal ini tidak dapat terpenuhi, kecuali di RSD Tabanan. Secara makro ketiadaan sistem kesehatan daerah yang operasional dan memiliki dasar hukum yang kuat semakin memperburuk prognosis sistem pelayanan kesehatan.

Desentralisasi kesehatan di Indonesia sedang mencari bentuk, yang dalam perjalanannya tidak dapat dipungkiri bahwa salah satu faktor determinan kesuksesannya adalah kemauan politis pemerintah baik di tingkat nasional dan lokal untuk bersinergi. Di tingkat lokal disadari bahwa pelimpahan otoritas kepada pemerintah daerah merupakan sebuah senjata bermata dua. Di satu sisi membuka peluang optimalisasi peran pemerintah lokal dalam mendesign strategi khusus untuk mengatasi masalah kesehatan setempat tetapi di sisi lain membuka peluang terjadinya penyalahgunaan

kekuasaan. Salah satu hal yang menjadi poin kritis dalam penelitian ini adalah tidak adanya sistem legal formal yang mengatur kualifikasi fungsional SDM Dinas Kesehatan yang merupakan sebuah lembaga yang membutuhkan SDM dengan kualitas fungsional khusus. Terdapat beberapa kasus *missed placement* di beberapa organisasi pemerintah karena belum adanya sistem yang mengatur kualifikasi fungsional SDM ini.

Di tingkat pusat, peran regulasi pemerintah hendaknya dapat lebih dirumuskan dengan baik, sehingga tidak perlu terjadi adanya konflik yang dapat memicu kebingungan di tingkat pelaksanaan. Di tingkat lokal peran utama dimainkan oleh bupati sebagai kepala daerah. Sebagai contoh bentuk komitmen politis lokal dalam hal reformasi struktur organisasi lembaga kesehatan daerah di Bali ditunjukkan oleh dua kabupaten yaitu Kabupaten Jembrana dan Tabanan.

Pelaksanaan reformasi administrasi publik termasuk di bidang kesehatan di Kabupaten Jembrana dilakukan secara serius, melalui perampingan organisasi, pemotongan rantai pelayanan birokrasi, termasuk dalam perekrutan terbuka sumber daya manusia untuk menempati jabatan tertentu. Terobosan terbesar dalam hal pelayanan kesehatan primer adalah dengan digabungnya beberapa puskesmas sehingga dapat memotong biaya operasional puskesmas dan memberikan kesempatan bagi puskesmas untuk bersaing dengan penyedia layanan swasta dan dana operasional puskesmas tersebut dipergunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan primer (strata I) bebas biaya bagi penduduk Jembrana lewat Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ).

Komitmen politis kepala daerah di Kabupaten Tabanan diwujudkan dengan menetapkan status RS Tabanan sebagai badan RS Tabanan yang bersifat swakelola, dengan didukung oleh kemampuan manajerial rumah sakit yang baik maka RS Tabanan berhasil meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sekunder (strata II) bagi masyarakat.

Tetapi kedua bentuk *best practice* ini dapat ditingkatkan lagi *performancenya* dengan penguatan peran regulasi pemerintah, dalam hal ini adalah Dinas Kesehatan. Kuncinya adalah adanya komitmen politis pemerintah, kapabilitas SDM, dan adanya rumusan SKD yang memiliki dasar hukum yang kuat dan diterapkan secara konsisten. Tetapi berbagai inovasi ini kadangkala harus melanggar rambu-rambu aturan perundang-undangan yang berlaku, tentunya dengan melihat kinerja yang telah ditunjukkan oleh adanya inovasi ini dan dapat dilihat bahwa peraturan perundang-undangan yang

berlakulah yang kadangkala bersifat kurang akomodatif terhadap inovasi.

Dapat dilihat bahwa belum adanya strategi besar aplikasi konsep desentralisasi kesehatan yang bersifat komprehensif dari tingkat pusat sampai lokal menyebabkan manajemen lembaga kesehatan daerah menjadi sangat bergantung pada *leadership* dari kepala institusi yang bersangkutan dan juga kepala daerah. Untuk jangka panjang pola seperti ini bukan pola yang sehat. Ketika sebuah lembaga atau daerah memiliki pemimpin yang kuat maka lembaga yang bersangkutan akan berfungsi dengan baik, tetapi sewaktu-waktu ketika terjadi pergantian kepemimpinan kinerja yang baik tersebut tidak lestari karena lemahnya sistem yang mengatur masalah tersebut. Oleh sebab itu, dibutuhkan sebuah strategi besar yang komprehensif, minimal ditingkat provinsi untuk mendukung penerapan konsep desentralisasi kesehatan di Bali.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari berbagai temuan dalam penelitian ini dapat disimpulkan bahwa proses penerjemahan peran organisasi dalam bentuk struktur organisasi ini masih lemah, hal ini didukung oleh fakta-fakta sebagai berikut:

1. Lembaga kesehatan daerah (Dinas Kesehatan, RS, Puskesmas) di Bali memiliki susunan struktur organisasi yang bervariasi. Kondisi ini tidak hanya disebabkan oleh perbedaan analisis kebutuhan daerah tetapi juga adanya konflik antar peraturan perundang-undangan dan frame politik pemerintah lokal.
2. Proses penyusunan struktur organisasi lembaga kesehatan di Bali bersifat *bottom up* tetapi tanpa konfirmasi dua arah, sehingga struktur organisasi yang dihasilkan tidak sesuai dengan usulan.
3. Formalisasi tugas dan relasi yang tertuang dalam tugas pokok dan fungsi (tupoksi) organisasi meliputi *job description* yang menyertai struktur organisasi baik struktur organisasi Dinas Kesehatan, RSD maupun struktur organisasi Puskesmas di Bali yang dikaji masih bersifat umum dan ada *overlapping*. Mekanisme koordinasi dan supervisi dalam organisasi juga kurang jelas.
4. Struktur organisasi lembaga kesehatan di Bali masih belum dilengkapi dengan *job qualification* fungsional yang bersifat legal formal.

5. Belum terdapat rumusan yang ideal dalam relasi antarlembaga kesehatan di Bali yaitu Dinas Kesehatan, RSD dan Puskesmas.

Saran

Diperlukan pelatihan penyusunan struktur organisasi baik dari segi hukum maupun manajemen dengan prinsip struktur mengikuti fungsi bagi pejabat pemerintah (kepala instansi, bagian tata usaha dan tim biro organisasi setda) sehingga proses penyusunan struktur organisasi lembaga kesehatan pemerintah dapat memenuhi tujuan peningkatan mutu, efektivitas dan efisiensi pelayanan publik.

Diperlukan rumusan strategi besar penerapan konsep desentralisasi di bidang kesehatan khususnya di tingkat provinsi yang berkesinambungan dengan strategi di tingkat kabupaten/kota yang dibarengi pengembangan kapasitas lokal dalam pengelolaan dan perancangan program.

Diperlukan sebuah sistem kesehatan wilayah yang saling terkait, memiliki dasar hukum yang kuat dan diterapkan secara konsisten. Untuk itu diperlukan upaya advokasi pada pemegang kekuasaan dalam hal ini adalah pihak legislatif dan eksekutif untuk merancang *grand design* pembangunan kesehatan dan sistem kesehatan wilayah di tingkat kabupaten/kota.

KEPUSTAKAAN

1. Chaizi Nasucha. Reformasi Administrasi Publik, PT Grasindo, Jakarta. 2004: 12, 23, 43, 69-71.
2. Ibrahim, Prof. Dr. R, SH, MH. Dasar Hukum Pengembangan Organogram Organisasi Kesehatan Daerah. FH Universitas Udayana, Denpasar. 2005.
3. Perda No. 3 Tahun 2001 Tentang Pembentukan Susunan Organisasi Dinas-Dinas Daerah Kabupaten Tabanan. 2001
4. Surat Keputusan Bupati No. 1615 Tahun 2001 Tentang Uraian Tugas Dinas-Dinas Kabupaten Badung. 2001.
5. Perda No. 1 Tahun 2001 Tentang Struktur Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Klungkung. 2001.
6. Perda No. 13 Tahun 2001 Tentang Struktur Organisasi dan Perangkat Daerah Kota Denpasar. 2004.
7. Perda No. 2 Tahun 2001 Tentang Pembentukan Susunan Organisasi, Tata Kerja Perangkat Daerah Provinsi Bali. 2001.

8. Perda No. 10 Tahun 2003 Tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah dan Sekretariat DPRD Kabupaten Jembrana. 2001.
9. Perda No. 8 Tahun 2004 tentang Pembentukan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng. 2001.
10. Perda No. 13 Tahun 2003 Tentang Pembentukan Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Bangli. 2003.
11. Perda No. 14 Tahun 2004 Tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Karang Asem. 2004.
12. Perda No. 3 Tahun 2004 Tentang Pembentukan Susunan Organisasi Dinas-Dinas di Kabupaten Gianyar dan Tata Kerja Dinas Kabupaten. 2004.
13. Surat Keputusan Kepala Puskesmas No. 800/V/2005 tentang Uraian Tugas Staf Puskesmas Ubud I. 2005.
14. Struktur Organisasi Puskesmas Banjar Angkan I (Dokumen Internal Puskesmas, tanpa nomor).
15. Peraturan Daerah Kabupaten Jembrana No. 5 Tahun 2001 tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Puskesmas. 2001.
16. Tata Kerja Organisasi dan Uraian Tugas Pegawai Puskesmas Mendoyo (Dokumen Internal Puskesmas, tanpa nomor)
17. Peraturan Daerah Kota Denpasar No 22 Tahun 2001 Tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Pelayanan RSD Wangaya Kota Denpasar. 2001.
18. Peraturan Daerah Kabupaten Tabanan No 14 Tahun 2002 Tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan RSD Kabupaten Tabanan. 2002.
19. Peraturan Daerah Kabupaten Jembrana No 4A Tahun 2001 Tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Pelayanan Kesehatan RSD Negara. 2001.
20. Peraturan Daerah Kabupaten Jembrana No 13 Tahun 2002 Tentang Perubahan Pertama Peraturan Daerah No 4A Tahun 2001 Tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Pelayanan RSD Negara. 2002.
21. Peraturan Daerah kabupaten Gianyar No. 6 Tahun 2001 Tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja RSD Sanjiwani Kabupaten Gianyar. 2001.
22. Peraturan Bupati Gianyar No. 17 Tahun 2005 tentang uraian tugas pokok dan fungsi jabatan struktural pada Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Gianyar . 2005.
23. Peraturan Bupati No. 17 Tahun 2004 Tentang Uraian Tugas Dinas Kesehatan Kabupaten Karang Asem. 2004.
24. Surat Keputusan Bupati Buleleng No. 433 Tahun 2004 Tentang Tugas Pokok dan Fungsi Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng. 2004.
25. Surat Keputusan Gubernur Bali No. 32 Tahun 2001 Tentang Uraian Tugas Dinas Kesehatan Provinsi Bali. 2001.
26. Surat Keputusan Bupati No. 61 Tahun 2004 Tentang Uraian Tugas Dinas Kesehatan Kabupaten Bangli. 2004.
27. Surat Keputusan Bupati No. 320 Tahun 2001 Tentang Uraian Tugas Perangkat Daerah Kabupaten Klungkung. 2001.
28. Surat Keputusan Bupati Jembrana No. 607 Tahun 2003 Tentang Uraian Tugas Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial. 2003.
29. Surat Keputusan Direktur Badan RSD Kabupaten Tabanan No 01 Tahun 2005 Tentang Uraian Tugas dan Tanggung Jawab di Lingkungan Badan RSD Kabupaten Tabanan. 2005.
30. Moorhead, Griffin, Organizational Behavior, Managing People and Organizations, 4th Edition, Houghton Mifflin Company, Boston, 1995: 483-6.
31. Anne Mills, J. Patrick, V, Duane L, et al., Health System Decentralization, Concept, Issues and country experience, World Health Organization, Geneva, 1990